



CERTIFICAT MÉDICAL

Certificat de non contre-indication à
la pratique du KRAV MAGA

SAISON 2026 / 2027



Je soussigné(e), Docteur _____
certifie avoir examiné ce jour conformément à l'article A.231-1 §5 du Code du Sport :

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ___ / ___ / _____, à : _____

Et atteste n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents
contre-indiquant à la pratique du KRAV MAGA en et hors compétition.

Conformément à l'article L.231-2- du Code du Sport sur les disciplines à contraintes
particulière, le présent certificat est valide pour une durée maximale de & an à
compter de la date où il est établi.

Fait à : _____, le : ___ / ___ / _____

Cachet et signature du médecin